

# ワクチン接種証明書

氏名 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に

\_\_\_\_\_ のワクチン接種を行いました。

ロット No. 添付



必ずシールを貼って  
もらってください。

上記のとおり証明します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所

施設名

医師名